

INCIDENCIA DE LAS CONDICIONES SOCIOFAMILIARES EN EL PROBLEMA DE LAS QUEMADURAS

Gloria Obando de Toro y
María Bernarda Franco Duque*

Resumen

En este estudio descriptivo se identifica y analiza las características sociofamiliares, las circunstancias de la quemadura y el tratamiento dado al paciente hospitalizado en la sala de quemados del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, con el fin de sustentar un programa preventivo para la comunidad, el cual se presenta al final de este ensayo.

Se parte de los conceptos básicos sobre el manejo de las quemaduras, visto éste desde el punto de vista clínico, epidemiológico, emocional y familiar. Los resultados del estudio se presentan teniendo en cuenta las siguientes variables: características demográficas, condiciones socioeconómicas, estructura y el funcionamiento familiar, circunstancias de la quemadura, el diagnóstico y el tratamiento.

Palabras claves

Quemaduras

Quemaduras químicas

Niño hospitalizado

Niño institucionalizado

Prevención de accidentes

Prevención primaria

*Hospital San Vicente de Paúl. Apartado 65091 Medellín-Colombia.

Justificación

A partir de un diagnóstico sobre el problema de las quemaduras en la sala de quemados del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, surgió la inquietud, compartida por el personal de trabajo social y de enfermería, de promover acciones encaminadas a la prevención de dicho problema.

Los resultados de varias investigaciones realizadas sobre el tema, coinciden en señalar el hogar como el sitio donde se presentan con mayor frecuencia. De aquí nació el interés por profundizar en el conocimiento de las condiciones sociofamiliares de los pacientes, indispensable para cualquier tipo de acción preventiva.

Este estudio tiene como objetivo identificar y analizar las características sociofamiliares, las circunstancias de la quemadura y el tratamiento dado al paciente hospitalizado en la sala de quemados del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

Es un estudio descriptivo, en el cual la población total correspondió a 568 pacientes, hospitalizados durante dos años. Se tomó una muestra al azar, de 237 pacientes (41,7%) utilizando para tal efecto el libro de registros de ingresos. La fuente de información fue la historia clínica y se usó un formulario para la recolección de los datos.

Conceptos básicos sobre el problema de las quemaduras

Aspectos clínicos

La quemadura es un trauma ocasionado por agentes físicos, químicos y fisicoquímicos, los cuales alteran la superficie del cuerpo en diversos grados, de acuerdo con la extensión, la severidad y la profundidad del área comprometida. La clasificación se hace con base en estos mismos elementos.

La extensión se refiere al área de la superficie corporal afectada; esta última se determina mediante la regla de los nuevos, ideada por Polanski: cabeza 9%, tronco anterior 18%, tronco posterior 18%, miembros superiores 9% cada uno, miembros inferiores 18% cada uno, y genitales 1%.

En el niño de un año la cabeza tiene 19% y los miembros inferiores 13%; por cada año de edad la cabeza disminuye 1%, cantidad que es tomada por los miembros inferiores.

La profundidad se refiere a la penetración que alcanza la lesión a través de la piel y de los tejidos subyacentes y se clasifica en grados: en la quemadura superficial, o de primer grado el agente lesiona las capas más superficiales de la piel, el ejemplo típico es la quemadura solar; en la de segundo grado superficial, el agente destruye la epidermis y, parcialmente, la dermis; en la de segundo grado profundo, afecta la epidermis y muchas veces las células de la capa basal y en la quemadura de tercer grado compromete el espesor total de la piel; esta última requiere de un injerto para la cicatrización.

Para determinar la severidad de la quemadura se tienen en cuenta varios factores como la extensión, la profundidad, la localización, la edad, los antecedentes personales y las lesiones asociadas.

El tratamiento de las quemaduras varía según las condiciones del paciente y el criterio médico. Cualquiera que sea el método empleado, el objetivo del cuidado de la piel es mantener la herida limpia y libre de microorganismos; lo cual se hace con gasa y solución salina. Los aspectos principales del tratamiento de las quemaduras comprenden el desbridamiento frecuente, la limpieza de la herida y el uso de uno o varios agentes antibacterianos tópicos con apósitos o sin ellos. En la sala de quemados se utiliza la sulfadiazina de plata en el periodo inicial, y posteriormente gasa furacinada hasta que sane completamente.

Si la quemadura es de segundo grado, se hospitaliza al lesionado si el área afectada es de un 10% en niños y más del 20% en adultos. Los pacientes con quemaduras de tercer grado también son hospitalizados, pues requieren injertos. Las de segundo grado superficial sanan aproximadamente en diez o doce días; las de segundo grado profundo en aproximadamente tres semanas, y en las de tercer grado la hospitalización se prolonga de acuerdo con la extensión de la quemadura. La presencia de complicaciones como infecciones y otros problemas asociados también aumentan los días de hospitalización.

Además del tratamiento médico y de enfermería, el paciente debe iniciar tan pronto como le sea posible, la fisioterapia, con el fin de prevenir y tratar las secuelas de las quemaduras. El médico, por su parte, debe conocer los aspectos sociales y familiares pertinentes del paciente y brindarle ayuda siquiátrica o de otras especialidades cuando sea necesario; para, así, dar una atención integral al paciente. Es importante resaltar que la hospitalización es sólo una etapa del tratamiento, ya que cuando las quemaduras son severas, su rehabilitación es prolongada y exige ejercicios de fisioterapia, cirugías correctivas, controles médicos, ayuda emocional y social para el paciente y su familia, entre otras cosas.

Aspectos epidemiológicos

Algunas investigaciones realizadas sobre las quemaduras, tanto en el país como fuera de él, indican que éstas se presentan con mayor frecuencia en los menores de edad.

Según los datos del Anuario Estadístico de Antioquia y del área metropolitana, en 1986 se presentaron 1.301 egresos hospitalarios por quemaduras en el Departamento, de los cuales 636 (49%), correspondieron al área metropolitana. En el Departamento, el 58,7% de los casos correspondieron a pacientes menores de catorce años, y pacientes que en el área metropolitana constituyeron el 53%.

Es importante destacar que en los niños entre uno y cuatro años de edad las quemaduras ocuparon el séptimo lugar entre 183 causas de ingresos hospitalarios en Antioquia y el décimo en Medellín y en el área metropolitana. Por otra parte, en las estadísticas nacionales, las quemaduras ocupan actualmente el tercer lugar, entre las causas de los accidentes de los niños. Esta posición tan significativa no parece haber variado mucho en los últimos veinte años. Según la investigación nacional de morbilidad (1986), las quemaduras ocupan el quinto puesto entre los accidentes de la población; de ellos, las dos terceras partes acontecieron en el hogar y tuvieron una tasa dos veces mayor en los menores de seis años que en los de otras edades.¹¹

En 1987, en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, se presentaron 239 egresos por quemaduras, éstos ocuparon el tercer lugar entre los accidentes infantiles y fueron la causa principal de letalidad (8,2%).⁶

Lo anterior confirma que las quemaduras constituyen un problema de salud pública, con mayor incidencia en los menores de edad, y obliga a la adopción y desarrollo de programas preventivos.

Aspectos emocionales

El paciente con quemaduras severas representa un problema excepcionalmente difícil para el equipo de salud que lo atiende, por las implicaciones que tiene el tratamiento, el impacto que produce la quemadura en el paciente y en su familia, y por las secuelas que ocasiona.

El tratamiento de las quemaduras es molesto y difícil, tanto para los niños como para los adultos, por los dolorosos procedimientos terapéuticos que éste implica como las curaciones, el desbridamiento, los injertos, etc. Con frecuencia la hospitalización se prolonga por diversas complicaciones, generando estrés; éste se añade al dolor que vive el paciente e influye en su reacción emocional, en la de su familia y en la respuesta del equipo o su tratamiento.

La quemadura puede cambiar radicalmente la vida del paciente, cualquiera que sea su edad o sus condiciones, más aún cuando tiene consecuencias que afectan significativamente su imagen o su capacidad corporal como la incapacidad por la pérdida de uno o varios de sus miembros o contracturas y cicatrices de restricción o desfigurantes.

De los Ríos afirma que como resultado de una situación de gran tensión, el paciente puede presentar trastornos importantes como: depresión, ansiedad, cambios de conducta, reacciones regresivas, intentos de suicidio, periodos de aislamiento, consumo de licor o de drogas, padecimientos orgánicos y sicofisiológicos, etc. Añade que las teorías sobre el duelo son las que mejor explican los cambios que sufren las personas ante las pérdidas. El proceso del duelo se considera como un proceso normal, que implica un periodo tormentoso de autodesvalorización y culpabilidad durante el cual quien sufre la pérdida reacciona con incredulidad ante ella, negándola como forma de protección ante la realidad. Luego sigue un estado de progresiva toma de conciencia, acompañado de sentimientos de tristeza, culpa, desesperanza, ira, llanto, inseguridad, aislamiento, rechazo, trastornos del sueño y del apetito, etc., para después pasar a la fase de restitución y re-

cuperación en la que se va elaborando la situación, y se va superando el trauma.

Cada persona requiere un tiempo diferente para este proceso. Es frecuente que las primeras fases coincidan con la hospitalización; esto explica las reacciones usuales del paciente, las cuales, con frecuencia, hacen más difícil el tratamiento. Cuando el paciente no logra finalizar este proceso, bien sea porque se detiene en una de sus fases o porque existen otros factores que le impiden elaborarlo, se convierte en un duelo patológico, trastorno síquico de mayores alcances.

Es necesario que el equipo conozca el proceso descrito para que adecúe la terapia a las etapas por las que pasa el paciente y esté alerta para remitirlo al sicólogo cuando lo requiera, durante la hospitalización o durante la rehabilitación.

Aspectos familiares

Para la familia, la quemadura y la hospitalización de uno de sus miembros ocasionan generalmente una crisis súbita que amenaza su estabilidad. Dicha crisis está determinada por las circunstancias y la severidad de la quemadura, la duración y la modalidad del tratamiento y por la gravedad de las secuelas. Es necesario comprender que el paciente es parte de un sistema dinámico que involucra al cónyuge, a los hijos, a los padres, a los hermanos, y a otros familiares, vecinos y amigos. En consecuencia, las nuevas circunstancias alteran la vida familiar y social. La tensión y la angustia generadas pueden producir síntomas orgánicos, síquicos o sociales en la familia y hacer que aparezcan sentimientos de culpa, dolor, rabia, rechazo, desesperanza, agotamiento o estrés severo. Generalmente se reestructuran las demandas de cada persona, cambios en las relaciones, en la comunicación y en la distribución de responsabilidades familiares.

Normalmente, y a pesar de lo difícil que es este momento, la familia tiene recursos para enfrentarlo, especialmente si se trata de familias estables. Para algunos autores, cuando han existido perturbaciones familiares previas, el grupo familiar puede descomponerse y presentar disfunciones más graves; para otros la crisis puede crear en éste el impulso necesario para des-

empeñarse mejor.⁴ En todos los casos, el apoyo mutuo y la solidaridad son funciones familiares fundamentales para enfrentar la situación crítica.

El tratamiento integral del paciente debe involucrar el cuidado y orientación de la familia, pues sobre ella recaen una serie de problemas como la reubicación social del paciente, el apego extremo del paciente a uno de sus padres; el desentendimiento o la negligencia de éstos frente a los otros hijos; la limitación de la vida social de los padres y en ocasiones la del grupo familiar y los cambios económicos por el costo y por la duración del tratamiento. Se puede concluir que cualquier acción preventiva frente al problema de las quemaduras beneficiará la salud mental y la estabilidad familiar. Patiño⁵ afirma que el 80% de las quemaduras es previsible.

Resultados

Características demográficas

Tomando como referencia la distribución por edades de los 237 pacientes incluidos en la investigación y la de la población del departamento de Antioquia, de donde procede el 95%, encontramos que el mayor número de pacientes quemados (60%) se concentró en el grupo de menores de seis años de edad, en proporción inversa a la distribución por grupos de edad de la población general.

Las edades de los pacientes oscilaron entre los cuatro meses y los cincuenta años. Las quemaduras se presentaron con mayor frecuencia en los niños de un año (35 pacientes). Entre los menores de doce años, el 80% correspondieron a niños menores de seis años; edad hasta la cual el niño está, casi exclusivamente, al cuidado de los adultos. Mientras que en la población general de Antioquia se dio un relativo equilibrio entre ambos sexos 49% de hombres y 51% de mujeres,⁶ en los pacientes de la muestra, el 62,4% correspondió al sexo masculino, porcentaje muy similar al total de ingresos hospitalarios por quemadura en Antioquia en 1986, que fue del 62% en hombres. En la tabla 1 se observa el predominio del sexo masculino en los quemados menores de edad; en los adultos la relación fue de 3,5 hombres por cada mujer. Comparando estos hallazgos con los de Molina S. y otros⁷ —quienes encontraron una relación de tres hombres por dos mujeres en pacientes quemados menores de doce años en el Hospital

Universitario San Vicente de Paúl—, podríamos concluir que posiblemente las quemaduras constituyen un riesgo mayor entre los hombres, independientemente de su edad.

Tabla 1
Características demográficas de los pacientes quemados

<i>Aspectos</i>		<i>Niños*</i>	<i>Adultos</i>
Edad promedio		4,2 ± 2,9	27 ± 11
Sexo masculino		57%	78%
Procedencia urbana		88%	75%
Escolaridad paciente mayor de cinco años	Preescolar	19%	0%
	Primaria	43%	32%
	Secundaria	2%	23%
	Ninguna	29% **	7%
	Sin información	7%	38%
Ocupación paciente mayor de cinco años	Guardería	11%	0%
	Estudia	51%	8%
	Trabaja	3%	63%
	Oficios domésticos	0%	10%
	Sin ocupación	35% **	18%

* La clasificación se hizo siguiendo el criterio administrativo del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

** 25% son niños menores de cinco y seis años.

Para la escolaridad se tomó como criterio el último grado cursado por los pacientes mayores de cinco años —125 en total— en el momento de su hospitalización. De veintitrés pacientes, dieciséis de ellos entre cinco y seis años de edad no tenían ninguna escolaridad, situación normal si tenemos en cuenta que en nuestro medio se considera aceptable que con esta edad aún estén en el hogar. Según estadísticas recientes de la Secretaría de Edu-

cación Departamental (1987), la iniciación escolar se efectúa, en la actualidad, a partir de los siete años para la primaria con una marcada tendencia, en algunos sectores del área urbana, a instituir la preescolaridad. Los pacientes del estudio, en su gran mayoría (93%) tenían algún grado de escolaridad, el cual fue superior al de la población general. En Antioquia, según el último censo de población (1985), el índice de analfabetismo fue del 17%. La tabla 1 ilustra la escolaridad con respecto a la edad de los pacientes.

Se consideró como ocupación la actividad que desempeñaba el paciente mayor de cinco años en el momento de su hospitalización, bien fuera que asistiera a la guardería o al preescolar o que trabajara. De 142 niños menores de seis años, sólo quince asistían a la guardería o preescolar (véase tabla 1). La mayoría de los menores de doce años eran estudiantes y, con respecto a los adultos, el 69% de ellos tenía un trabajo definido.

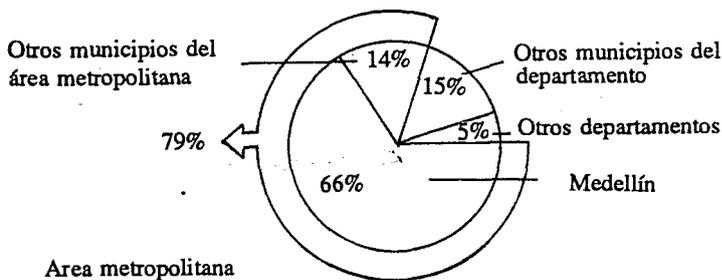
Condiciones socioeconómicas

Con respecto a la procedencia, la mayoría de los pacientes, doscientos que constituyeron un 84%, fueron del área urbana; es decir, por cada cinco pacientes del área urbana, uno fue del área rural. Esta relación fue mayor a la de la población general antioqueña, que según el último censo es de dos a uno. En las áreas rurales, es más difícil para la población llegar al hospital, centro de atención terciaria, debido a las mayores distancias, las limitaciones del transporte y las implicaciones económicas del traslado y tratamiento del paciente. También se infiere que existe un riesgo más alto de quemaduras en el área urbana que en el área rural, aunque esta hipótesis deberá ser investigada.

La figura 1 presenta el lugar de residencia de los 237 pacientes. El 79% de ellos vivía en el área metropolitana (188 pacientes), la mayoría en Medellín (83%), y los restantes en Bello (7%), Itagüí (5%) y Envigado, Barbosa, Caldas, Copacabana y La Estrella, en este orden. Dos terceras partes de los pacientes residentes en Medellín correspondían a las comunas nor-oriental y Robledo, las más pobladas de la ciudad y con el promedio de ingreso más bajo de la población.⁸ Los demás, en orden de frecuencia, vivían en las comunas de la Candelaria, la América, Belén y el Poblado.

Treinta y seis familias procedían de treinta municipios de Antioquia, lo que indica la diversidad de la procedencia.

Figura 1
Lugar de residencia de los pacientes



Debe resaltarse que el 97% de las familias tenía un nivel socioeconómico bajo que iba desde las que carecían de miembros productivos en el hogar, hasta las que contaban con un salario mínimo, en el mejor de los casos.

Estructura familiar

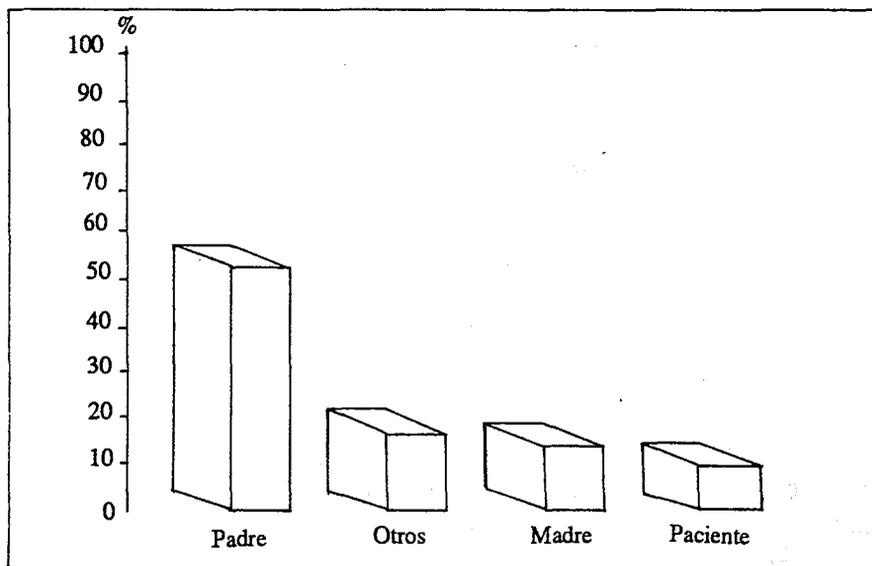
En Colombia, tal como lo plantea el último diagnóstico de la situación de la familia, realizado por el Departamento Nacional de Planeación en 1983:

el proceso de industrialización, la descomposición de la economía campesina tradicional y el intenso proceso de urbanización, han afectado las condiciones de vida de la población y de la organización familiar. La familia ha variado en cuanto a su conformación, tamaño y funciones. De la familia patriarcal se ha evolucionado hacia la nuclear y se han conformado otros tipos de organizaciones familiares como la semiextensa, la incompleta y otras.⁹

Estas afirmaciones coinciden con los resultados de nuestro estudio, en cuanto a las características del grupo familiar, pues predominó la familia nuclear, 55% del total, conformada por ambos padres y los hijos. Relacionando el tipo de familia con la edad y la procedencia de los pacientes, se puede observar que la nuclear fue la más frecuente para los menores de doce

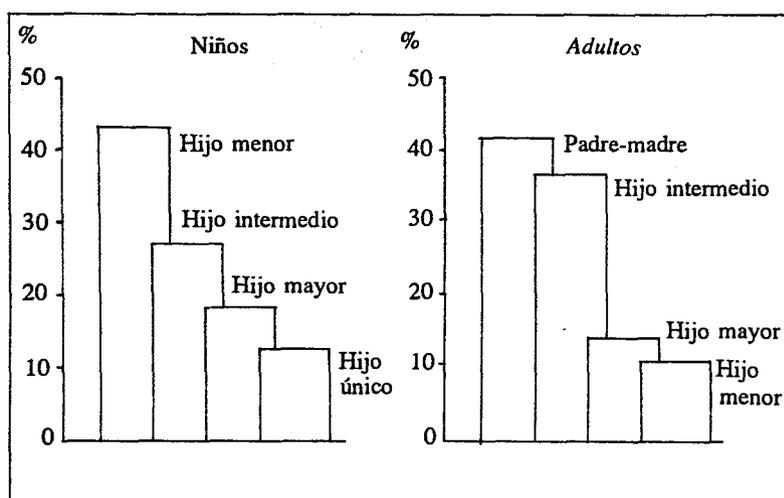
años de edad y en el área rural, mientras que la familia extensa —constituida por ambos padres o uno de ellos, los hijos y otros familiares— se presentó más en el área urbana y de manera más o menos similar en los niños y los adultos. Cinco pacientes (2% del total), mayores de doce años no tenían familia, vivían en la calle, y habitaban el área urbana; lo cual debe entenderse como expresión de la descomposición social, que parece progresiva en nuestro medio. Con respecto al proveedor económico del grupo familiar (Véase figura 2), en 105 familias (58,3%), el padre era el proveedor económico principal; en la gran mayoría de estos hogares los pacientes eran menores de doce años (97 familias). En el 81% de las familias, la madre no trabajaba, lo que contradice la creencia común de que los niños se queman porque permanecen solos mientras su madre trabaja. Rey¹⁰ sostiene que en una mayoría de los hogares casi todo el trabajo doméstico recae en unos pocos miembros del hogar para que otros se puedan dedicar al trabajo remunerado. Dicho trabajo es frecuentemente ignorado y por razones culturales, sociales y biológicas recae fundamentalmente en las mujeres y en menor grado en los niños. En los estratos populares es el ama de casa quien realiza este trabajo —como esposa, madre o jefe del hogar cuando no hay hombres adultos— el cual debe combinar con el cuidado de los hijos.

Figura 2
Proveedores económicos del grupo familiar



En cuanto a la ubicación del paciente dentro del grupo familiar, la situación fue muy diferente entre los niños y los adultos, como puede apreciarse en la figura 3. Mientras que entre los niños el paciente fue casi siempre el hijo menor, en los adultos lo fue el padre o la madre, con porcentajes muy similares. El hecho de que haya sido el hijo menor el afectado, generalmente menor de seis años, se puede explicar por la presencia de otros hermanos y de tensiones familiares que hacen que la atención de los padres se dirija a los mayores. En el segundo caso, cuando los pacientes eran padres de familia, ocho hombres y ocho mujeres, nueve eran proveedores económicos principales y cinco amas de casa. Como anotábamos anteriormente, la quemadura y la hospitalización de estos últimos generalmente produce una crisis familiar mayor por las repercusiones económicas y los cambios relacionados con el cuidado de los hijos.

Figura 3
Ubicación del paciente en el grupo familiar según la edad



Funcionamiento familiar

Para la evaluación de este aspecto se ha tomado como parámetro el ambiente sociofamiliar en el momento de la hospitalización del paciente, según la percepción de la familia y de la trabajadora social. El funcionamiento familiar se consideró adecuado cuando se percibió un ambiente familiar

sano; es decir, sin problemas significativos en el grupo familiar anteriores a la quemadura del paciente. Conflictivo en el caso contrario; es decir, cuando se identifican problemas conyugales, parentales o fraternales. Y de crisis transitoria cuando la familia estaba sometida a otras tensiones por acontecimientos importantes como el nacimiento de un nuevo hijo o la enfermedad o muerte de uno de sus miembros.

Circunstancias de la quemadura

La tabla 2 presenta la forma como se dio esta situación en el total de los pacientes del estudio. Puede apreciarse que los líquidos calientes fueron los agentes más frecuentes (47%), lo cual se explica por la relación que se encontró entre la sustancia quemante, la edad y la procedencia del paciente. El hogar sigue siendo el sitio de mayor riesgo de quemadura para el total de los pacientes, con un porcentaje importante (65%). Con respecto al acompañante del paciente en el momento de la quemadura, se obtuvo la información en el 70% de los casos. Predominó la presencia de los padres, principalmente de la madre y de otras personas, por lo general adultos, como abuelos, tíos, vecinos, etc.

Frecuencia de las sustancias quemantes según la edad y procedencia de los pacientes

Podemos afirmar, de acuerdo con los hallazgos, que mientras menor sea el paciente el riesgo de quemadura por líquidos calientes es mayor, presentándose la cifra más alta en los niños de uno a tres años, edad en la que, supuestamente, exigen un gran cuidado de los adultos, dada la etapa de desarrollo en la que se encuentran. A mayor edad aumenta el riesgo de quemadura por gasolina, petróleo y por electricidad, agentes que presentaron una curva de incidencia similar. Las quemaduras producidas por pólvora, fueron sufridas por pacientes mayores de tres años de edad; el mayor riesgo se presentó en el grupo entre 31 y 50 años. Puede pensarse que las campañas preventivas contra la pólvora adelantadas en nuestro país, han tenido un efecto positivo, principalmente en la población consumidora, pues la mayoría de los pacientes quemados con ella eran fabricantes y no consumidores; la mayor parte de los niños fueron víctimas de esta circunstancia.

Tabla 2
Circunstancias de las quemaduras

<i>Aspectos</i>		<i>Casos</i>	<i>Porcentaje</i>	
Agente	Líquidos calientes	111	47	
	Gasolina-petróleo	54	23	
	Electricidad	20	8	
	Aceite-manteca	13	6	
	Pólvora	7	3	
	Acidos	4	2	
	Otros	28	237	11
Lugar	Hogar	153	65	
	Trabajo	19	8	
	Calle	41	17	
	Otros	19	8	
	Sin información	5	237	2
Acompañante	Solo	40	17	
	Padre-madre	39	16	
	Hermanos	33	14	
	Otros	55	23	
	Sin información	70	237	30

En el grupo de siete a doce años se presentó una frecuencia alta de líquidos calientes y gasolina. En ellos, la quemadura estuvo asociada con la participación en el trabajo doméstico y en actividades como el juego y la diversión.

Mientras en el área urbana hubo un mayor número de quemaduras con líquidos calientes, en la rural la mayoría fue producida por gasolina o petróleo; sustancias que forman parte de la vida cotidiana de estas familias.

Relación entre el diagnóstico clínico, la edad y la procedencia de los pacientes

Teniendo en cuenta el diagnóstico clínico y la zona anatómica afectada por la quemadura, según la edad de los pacientes, predominan las quemaduras de segundo grado en los niños (63%) y de segundo y tercer grado en los adultos (58%), lo cual tiene relación con el agente quemante: en los niños líquidos calientes, los cuales generalmente ocasionan quemaduras más superficiales, y en los adultos la gasolina, la electricidad y la pólvora, las cuales producen lesiones más graves. Así mismo, en estos últimos fueron más frecuentes las complicaciones, las amputaciones y las muertes. La duración de la hospitalización, en general, tuvo relación con el diagnóstico; ésta fue mayor para los pacientes con tercer grado o quemaduras de gran extensión.

Es preciso resaltar que en el área urbana, el 63% de los pacientes sufrió quemaduras de segundo grado y que fueron ellos quienes sufrieron también casi la totalidad de las quemaduras leves (97%). El porcentaje de quemaduras de segundo y tercer grado fue mayor en los pacientes provenientes del campo (76%); en estos casos se remitió el paciente al hospital.

Conclusiones

En nuestro medio, las quemaduras se presentan con mayor frecuencia en los menores de seis años, ocurren generalmente en el hogar y en compañía de adultos, principalmente de la madre, y son producidas, en general, por líquidos calientes. En cuanto a los adultos, las víctimas más usuales son los jóvenes, cuyas quemaduras son producidas, casi siempre, por gasolina o electricidad, en la calle o en el lugar de trabajo.

En general, los pacientes tienen una actividad definida; así, los niños estudian y los adultos trabajan. La mayoría proceden del área metropolitana, de hogares de un nivel socioeconómico bajo, de tamaño mediano, conformado por ambos padres y por los hijos; el funcionamiento familiar, en

general, fue adecuado o sea con situaciones de tensión en el grupo, previas a la ocurrencia de la quemadura. En la mayoría de los casos existe una actitud positiva de la familia hacia el paciente.

Estas condiciones sociofamiliares pueden ser aprovechadas para la prevención del problema de las quemaduras, el cual implica un tratamiento prolongado, costoso y cuyas secuelas suelen ser muy severas. Lo anterior sustenta la necesidad de desarrollar acciones preventivas con la comunidad.

La siguiente propuesta está diseñada para ser desarrollada de manera continua en la comunidad.

Proyecto para la prevención de las quemaduras

Contribuir al bienestar social y a la salud mental de la misma mediante la implementación de mecanismos preventivos que permitan reducir la aparición del problema de las quemaduras y, de esta forma, evitar las secuelas emocionales, familiares y sociales que conlleva.

Objetivos generales

1. Motivar a la comunidad en general y especialmente a los padres de familia a que participen activamente en la prevención de las quemaduras.
2. Dirigir las acciones educativas para la prevención de las quemaduras a los adultos que trabajan con sustancias inflamables y con electricidad, a los padres de familia y a quienes tienen a su cargo el cuidado de los grupos de más alto riesgo: niños menores de seis años y niños en edad escolar; y en general a la población del área metropolitana y rural del Departamento.
3. Impartir a la comunidad conocimientos básicos de primeros auxilios para la atención inmediata de la persona quemada, en el lugar en que ocurre el hecho.

Objetivos específicos

1. Motivar a las entidades de salud, de educación, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Desarrollo de la Comunidad, a la participación

activa en la prevención de las quemaduras, mediante la capacitación de grupos que actúen como multiplicadores en su comunidad.

2. Incentivar a los padres de familia a tomar medidas preventivas en sus hogares y a enseñar a sus hijos a detectar el peligro.

3. Motivar a los niños en edad escolar a que desarrollen actividades recreativas que no involucren el uso del fuego y enseñarles el manejo adecuado de las sustancias inflamables.

4. Educar a la comunidad para el uso de medidas de seguridad relacionadas con la manipulación de sustancias inflamables y de la electricidad en el lugar de trabajo.

5. Difundir entre la población del área metropolitana las precauciones para la manipulación adecuada de los líquidos calientes, y de la gasolina y del petróleo, elementos de la vida cotidiana de la familia.

Contenido

Dirigido a los padres de familia y adultos a cargo del cuidado de los niños

1. Manejo adecuado de los líquidos calientes en cuanto a su ubicación, fuera del alcance de los niños y en lugares estables; delegación de las labores de la cocina a personas adultas e identificación de situaciones en las que deben extremarse los cuidados al niño dentro y fuera del hogar.

2. Separación, en el hogar, del espacio destinado a la cocina del resto de la habitación y tomar las medidas necesarias para evitar el acceso de los niños a aquella.

3. Indicaciones para que los padres de familia enseñen al niño, según su edad, a identificar el peligro, y el manejo adecuado de los aparatos eléctricos y de las sustancias inflamables.

Dirigido a los niños en edad escolar

1. Identificación del uso y aprendizaje del manejo de las sustancias inflamables, de los líquidos calientes y de los aparatos eléctricos en el hogar.

2. Fomento de formas de diversión diferentes a aquellas que implican la utilización del fuego y de la electricidad.

Dirigido al lugar de trabajo

1. Impartir normas de seguridad con respecto al manejo de la electricidad, de los ácidos y de las sustancias inflamables.
2. Enseñar a los patronos y a los trabajadores el uso de extinguidores y las precauciones que se deben tomar para evitar accidentes en el trabajo.

Dirigido a la comunidad en general

1. Difundir información sobre los primeros auxilios que deben brindarse a la persona quemada en el lugar del hecho y su traslado al centro de salud más cercano, para la valoración médica.

Estrategias

1. Utilizar los medios masivos de comunicación: radio, prensa, televisión y otros como afiches, volantes y audiovisuales en la propagación de las campañas.
2. Involucrar la educación preventiva de las quemaduras en los programas educativos, de nivel primario; para ello se deben capacitar los profesores en la misma.
3. Incluir en el programa de madres comunitarias del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar la educación preventiva de las quemaduras.
4. Incluir la prevención de las quemaduras en los programas académicos de la universidad dirigidos a la comunidad como medicina, enfermería, trabajo social, dietética y otras profesiones relacionadas con el área de la salud.

Instituciones propuestas para integrar el comité

1. Para el aporte científico y técnico a la campaña, el Hospital Universitario San Vicente de Paúl y la Universidad de Antioquia.

2. Para el aporte técnico y financiero, Metrosalud y el Servicio Seccional de Salud de Antioquia.

3. Para el aporte financiero, delegado por el comité que tendría a cargo el desarrollo de la campaña una entidad o corporación destinada a la atención del problema de las quemaduras.

Financiación

Sería definida por el comité que tendría a cargo el desarrollo de la campaña.

Referencias

1. Gobernación de Antioquia, Departamento Administrativo de Planeación. "Anuario estadístico de Antioquia". Medellín, 1987. pp. 70-71.
2. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Informe estadístico 1988.
3. De los Ríos, Alfredo. "Reacciones al estrés y adaptativas". En: Fundamentos de Medicina, Siquiatría. El CIB., Medellín, 1986. pp. 503-504.
4. Molina V., Beatriz M. "Familia". En: Fundamentos de Medicina. Siquiatría. El CIB., Medellín, 1986.
5. Patiño, José Félix. "Guía para el tratamiento de las quemaduras". Hospital General Universitario de la Samaritana, Bogotá, 1986. p. 2.
6. Gobernación de Antioquia, Departamento Administrativo de Planeación. Op. cit. p. 163.
7. Molina S., Miryam y Palacio S., Jesús H. "Algunas características del paciente con quemaduras atendidos en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Servicio de Cirugía Infantil". Medellín, 1983. p. 9.
8. Anuario estadístico del área metropolitana 1986.
9. Departamento Nacional de Planeación, Unidad de Desarrollo Social. "Diagnóstico de la situación de la familia colombiana". En: ICBF, "Año Internacional de la Familia", Memorias. 1983. p. 28.
10. Rey de M. Nohra. "Algunas notas sobre la situación actual de la mujer y la familia en los centros urbanos". En: "Año Internacional de la Familia". Memorias 1983. p. 247.
11. Obando de T., Gloria E. "Manejo del niño quemado". Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín 1986. (Conferencia).

Bibliografía

1. Departamento Nacional de Planeación, Unidad de Desarrollo Social. "Diagnóstico de la situación de la familia colombiana". En: ICBF, "Año Internacional de la Familia", Memorias. 1983. p. 28.
2. De los Ríos, Alfredo. "Reacciones al estrés y adaptativas". En: Fundamentos de Medicina. Siquiatría. El CIB., Medellín, 1986.
3. Duque R., Teresita. Programadora académica, Secretaría de Educación Departamental. Entrevista, agosto de 1987.
4. Franco D., María Bernarda. "Relación y apoyo a la familia del paciente hospitalizado". Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, 1987. (Conferencia).
5. Gobernación de Antioquia, Departamento Administrativo de Planeación. Anuario estadístico de Antioquia. Medellín, 1987.
6. Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Departamento de Registros Médicos y Estadística. "Informe anual de actividades, 1987". Medellín, febrero 1988.
7. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. "Instructivo de encuesta socio-económica". Medellín, 1980.
8. López de E., Olga Lucía. "La familia colombiana". Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, 1987. Conferencia.
9. Llano G., Gabriel y otros. "Algunas características de los pacientes con quemaduras". Hospital Infantil Universitario Lorencita Villegas de S., Bogotá 1974.
10. Ministerio de Salud Pública. Asociación de Facultades de Medicina. "Estudio de recursos humanos para la salud y educación médica en Colombia, accidentes", investigación nacional de morbilidad, Bogotá D.E., 1986.
11. Molina V., Beatriz M. "Familia". En: Fundamentos de Medicina. Siquiatría. El CIB., Medellín, 1986.
12. Molina V., Beatriz M. "La terapia familiar bases y formas de aplicación y manejo de limitaciones físicas". Medellín, 1987. (Conferencia).
13. Molina S., Miryam y Palacio S., Jesús H. "Algunas características del paciente con quemaduras atendidos en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Servicio de Cirugía Infantil". Medellín 1983.
14. Patiño, José Félix. "Guía para el tratamiento de las quemaduras". Hospital General Universitario de la Samaritana, Bogotá, 1986.

15. Planeación Metropolitana. "Anuario estadístico metropolitano 1986". Imprenta Metropolitana, Medellín, 1987.
16. Rey de M. Nohra. "Algunas notas sobre la situación actual de la mujer y la familia en los centros urbanos". En: "Año Internacional de la Familia". Memorias 1983.
17. Servicio Seccional de Salud de Antioquia. "Antioquia situación de salud". Medellín, 1987.
18. Smith, Germain. "Enfermería médico-quirúrgica". Ed. Nueva Editorial Interamericana, México, 1976.
19. Toro G., Ricardo José. "Ciclo vital". En: Fundamentos de Medicina Siquiatría. El CIB, Medellín, 1986.